TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr LÉON THEVENOT
Chef de clinique chirurgicale
à l'Université de Lyon



LYON
IMPRIMERIE A. STORCK & Cie
8, Rue de la Méditerranée, 8
1901

I. TITRES SCIENTIFIQUES

PROSECTEUR A LA FACULTÉ (1895-1899)
(Concours de 1895)

SUPPLÉANCE DU CHEF DES TRAVAUX
DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (1897-1898)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1900)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours de 1900)

II. TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1893)

INTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1894)

III. ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES D'ANATOMIE EN QUALITÉ DE PROSECTEUR
(1896-1899)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET
DE PETITE CHIRURGIE (1896-1899)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

1. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. *Lyon médical*, 29 août 1897.

Appliquée d'abord presque exclusivement au traitement de certains goîtres, cette méthode fut ensuite étendue à tous les organes (testicule, ovaire, foie, vésicule biliaire, rate, intestin, rein) et employée par M. Jaboulay comme méthode générale de traitement dans un double but.

1. *Simple fixation de l'organe à la paroi.* — Il s'agit alors d'une simple ptose de l'organe (*Lyon médical*, 29 septembre 1895, M. Jaboulay y décrit un nouveau mode de fixation du rein), ou bien la fixation n'est qu'un premier temps opératoire ; l'intervention est achevée lorsque les adhérences ont soudé l'organe à la paroi, ce qui rend notablement plus favorable le pronostic de l'intervention définitive (lésions du foie, de l'utérus, etc.).

Cette méthode est appliquée à la vésicule biliaire ou à l'intestin dans l'anus contre nature de la façon suivante : attraction de l'organe au dehors au maximum ; on le fixe dans cette nouvelle position par quelques points de suture, on l'incise ensuite et sa muqueuse est suturée à la peau aussi loin que possible de la première ligne de suture qu'elle recouvre comme un dôme.

2. *Intervention ayant pour but l'atrophie de l'organe.* — Le type de cette intervention est représenté par l'exothyropexie. Depuis elle a été employée surtout pour les organes génitaux afin qu'une hypertrophie compensatrice de l'un d'eux pût se produire a mesure que l'autre s'atrophiait et qu'il n'en résultât pas de troubles par suppression de leur sécrétion interne.

2. La suppuration artificielle d'après la méthode de Fochier dans la pyohémie et autres maladies aiguës.

Lyon médical, 16 avril 1899.

Il s'agit de la traduction du rapport du Dr Menko au congrès d'Amsterdam, rapport paru dans le *Berliner klin. Woch.* de février 1899 et que j'ai fait paraître sur la demande de M. le professeur Fochier.

Des endothéliomes des os.

Revue de chirurgie, juin 1900 (3 figures).

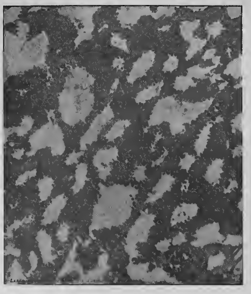
Une observation d'endothéliome du maxillaire inférieur (voir thèse de Hollande : *De l'endothéliome du maxillaire inf.* Lyon, 1900-1901) a été le point de départ de cette étude que les travaux antérieurs de Gaymard (*De l'endothéliome des os*, thèse de Lyon, 1898) et de M. le professeur Berger (*Revue de chirurgie*, janvier 1900) avaient déjà fait connaître. Je me suis surtout attaché à exposer les idées que j'ai entendu professer à la clinique de mon maître le professeur Poncet. Un exposé historique sommaire de la question rappelle les travaux antérieurs de Kolaczeck, Hildebrand et Volkmann.

Les endothéliomes des os se développent soit aux dépens de l'endothélium des vaisseaux, soit aux dépens des cellules qui tapissent leur gaine lymphatique ; ils portent alors le nom de périthéliomes Ils naissent en n'importe quel point du squelette, mais surtout au crâne et à la face. La tumeur, ordinairement unique, a le plus souvent le volume d'une orange ; parfois celui-ci devient considérable et dans un cas de M. Poncet, la tumeur était aussi grosse que le crâne sur lequel elle s'implantait. Elle est molle et fluctuante par places, charnue en d'autres, mais elle ne renferme jamais de parties osseuses dans son intérieur.

La fluctuation en certains points est due a l'existence de kystes sanguins qui dérivent de vaisseaux sanguins très dilatés et ouverts les uns dans les autres. De là, des souffles, des battements, de la réductibilité.

L'aspect microscopique est caractéristique ainsi que le montre la figure ci-après. De fines travées conjonctives faiblement colorées constituent un réseau dont les mailles sont remplies de cellules néoplasiques. Le centre est vide ou est occupé par des globules sanguins. Les cellules qui séparent le sang de la travée conjonctive sont ordinairement cylindriques, et renferment un noyau unique. Tantôt elle forment une rangée unique, tantôt elles se superposent en rangées concentriques. Ainsi les espaces lacunaires qui répondent aux vaisseaux dilatés sont séparés les uns des autres par des éléments conjonctifs doublés de cellules épithélioïdes. Parfois le tissu

conjonctif disparaît et les cellules néoplasiques existent seules. Par points, l'épaisseur de celles-ci diminue peu à peu, et l'on voit ainsi des lacunes s'ouvrir dans les lacunes voisines.



Endothéliome des os (Malade de M. Poncet). Fragment de la tumeur crânienne.

Le périthéliome rappelle cette disposition, mais tandis que dans l'endothéliome les cellules néoplasiques sont en contact direct avec les éléments sanguins, dans le périthéliome elles en sont séparées par une membrane mince simulant au premier abord une vitrée, mais constituée en réalité par l'endothélium aplati.

La tumeur ainsi constituée a ordinairement l'aspect alvéolaire. Depuis Hildebrand, on a reconnu l'existence d'une nouvelle disposition, plus rare il est vrai, c'est la forme tubulaire.

Plus importante est la question de savoir quels liens il y a entre l'endothéliome et le cylindrome. M. Malassez, en effet, et son élève Manade considèrent cette dernière tumeur comme un épithéliome alvéolaire à envahissement myxomateux et nombreux sont ceux qui se rattachent a cette théorie. Avec nos maîtres lyonnais, nous n'envisageons pas le cylindrome comme une tumeur spéciale, mais comme une modification que peuvent présenter certaines tumeurs, et nous voyons dans les masses hyalines soit des produits de sécrétion cellulaire, soit surtout le résultat de transformation des éléments cellulaires néoplasiques. Nous avons eu récemment d'ailleurs l'occasion d'observer une tumeur du maxillaire inférieur qui par places avait l'aspect typique de l'endothéliome alors que d'autres points permettaient de porter le diagnostic ferme de cylindrome.

Nous nous sommes attachés aussi à montrer les différences qui séparent l'endothéliome des sarcomes de l'os et en particulier du sarcome à myéloplaxe, si facilement reconnaissable à ses cellules à noyaux multiples.

L'étude symptomatique est d'un intérêt moindre; les symptômes sont en effet très variables suivant le siège de la tumeur et la font confondre soit avec l'ostéosarcome, soit surtout avec l'anévrysme des os. C'est sur ce dernier point que doit porter le diagnostic, d'autant qu'il est démontré que l'anévrysme vrai des os est exceptionnel et que d'ordinaire il s'agit d'une tumeur dans laquelle l'élément cellulaire a presque complètement disparu.

L'évolution fatale de la maladie, aggravée par les complications (hémorragies, fractures spontanées), necessite une intervention, toutes les fois qu'il est possible de la pratiquer.

L'absence de ganglions, la localisation nette de la tumeur nous permettent de penser qu'il faut recourir à des interventions limitées (ablation, évidement). D'ordinaire d'ailleurs la récidive survient malgré tout, et les chances d'une guérison définitive par une opération large nous paraissent bien problématiques.

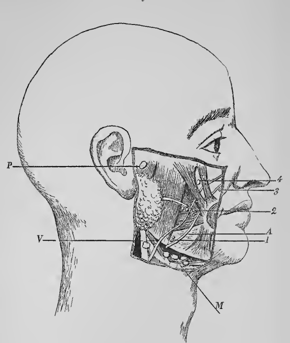
Les résultats éloignés des opérations nous ont manqué et ne nous permettent pas de porter sur le pronostic et sur le traitement un jugement mieux assuré.

TÊTE ET COU

4. **Des adénites géniennes (adénites de** A. Poncet).

Gazette des hôpitaux, 21 avril 1900 (7 figures).

Cette étude d'une affection que nous avons l'occasion de voir fréquemment a eu pour point de départ les travaux inspirés par M. le professeur



Ganglions normaux de la joue.

Figure schématique représentant les ganglions geniens normaux, d'après les recherches de MM. A. Poncet, Jaboulay, Debierre et Vigier (1892), Buchbinder, Kuttner et Princeteau (1899).

A, artère faciale; — V, veine faciale; — M, ganglions sous-maxillaires; — P, ganglions préauriculaires.

1. Groupe des *ganglions maxillaires*, généralement au nombre de deux.

2. Groupe des *ganglions buccinateurs* : A) groupe antérieur ou commissural, au nombre de deux, situés entre l'artère et la veine faciale; B) groupe postérieur, à l'embouchure du canal de Stenon, en arrière de la veine au nombre de deux.

3. *Ganglions naso-geniens*, situés en avant de l'artère faciale, a mi-hauteur, habituellement, du sillon naso-génien.

4. *Ganglion malaire* ou *sous-orbitaire*, révélé par la clinique.

A. Poncet (Vigier, thèse de Lyon, 1892; Albertin, *Arch. prov. de chir.*, 1895) et les observations nouvelles que nous avons pu recueillir, la thèse de Capette-Laplene, les mémoires enfin de Buchbinder et Küttner.

C'est en 1892 que M. le professeur Poncet appela l'attention sur ces ganglions et leur inflammation. Ils avaient eté décrits autrefois par Mascagni. Les recherches anatomiques et les données cliniques ont montré qu'ils forment trois groupes :

Un groupe inférieur ou maxillaire, sur la face externe du maxillaire inferieur, un ganglion (ganglion infra-maxillaire) a cheval sur le bord inférieur de l'os reliant ce groupe aux ganglions sous-maxillaires. Ce groupe est compris entre la veine et l'artère faciales ;

Un groupe moyen ou buccinateur constitué par deux amas ganglionnaires, l'un à l'embouchure du canal de Sténon (facile a confondre avec des glandules salivaires), l'autre entre l'artère et la veine faciales;

Un groupe supérieur, sur la face externe du maxillaire supérieur, plus rare et contesté par certains auteurs. Tous ces ganglions sont sous-cutanes et sus-aponévrotiques.

D'après Debierre, il en existerait sous l'aponévrose du buccinateur.

Ces différents ganglions se rencontrent dans la proportion de deux sur trois.

Ils reçoivent les lymphatiques des ailes du nez, de la lèvre supérieure, des dents du maxillaire superieur, ces lymphatiques superficiels etant anastomosés avec les lymphatiques profonds, les lymphatiques des muqueuses nasale et buccale en particulier.

Ces differents rapports nous expliquent la facilité et la fréquence de leur infection.

Les adenites géniennes sont de nature très diverse : infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques ; on a même signalé des tumeurs de ces ganglions.

Les adénites infectieuses (infection banale, érysipèle, oreillons, etc.) ont leur point de départ dans une lesion des téguments superficiels (paupière inférieure, nez, levre supérieure, joue) ou des muqueuses (nasale et buccale), ou dans une carie dentaire ; il en résulte une adénite chronique ou un adéno-phlegmon, et l'on a pu noter, à côté d'un abcès unique, jusqu'à quatre abcès échelonnés le long des vaisseaux faciaux (Vigier). Le pus ulcère d'ordinaire les teguments sur la face externe de la joue. Jamais il ne se porte en profondeur du côté de la muqueuse. Chez une malade de M. le professeur Lépine, il s'ouvrait à la commissure labiale.

Les adénites tuberculeuses n'ont en ce point rien de particulier.

Les adénites syphilitiques sont rares, signalées seulement par Capette-Laplène et Vauthey.

Les adénites néoplasiques succèdent d'ordinaire à un cancroïde de la

lèvre supérieure; l'infection est tardive. Parfois (Kuttuer) un cordon lymphatique engorgé relie le néoplasme au ganglion.

Les tumeurs des ganglions sont exceptionnelles. Capette-Laplène a vu, chez une femme atteinte de lymphadénie, un ganglion buccal engorgé, un ganglion sous-maxillaire et enfin le ganglion infra-maxillaire.

D'autre part M. L. Dor possède une observation de tumeur d'un ganglion maxillaire.

Le diagnostic est surtout à faire avec les kystes sébacés, dermoïdes ou salivaires, avec les lipomes buccaux de Dolbeau, avec les gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Le traitement consiste dans l'ablation du ganglion ou la simple incision s'il est suppuré. Pour des raisons esthétiques, l'opération sera pratiquée par la voie buccale aussi souvent qu'il sera possible de le faire.

---

5. Sur les adénites géniennes.

(*Lyon médical*, 17 juin 1900, 4 figures).

J'ai rapporté dans ce travail, afin de montrer la fréquence de ces lésions, quinze observations inédites d'adénites géniennes recueillies dans le service de M. le professeur Poncet, et j'y ai joint six observations que M. le Dr Vigier a bien voulu me communiquer. Quelques photographies montrent, mieux que toute description, l'aspect clinique de ces diverses lésions.

TUBE DIGESTIF

6. Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde.

(*Soc. des sciences médicales*, 5 juillet 1899).

Il s'agissait d'un homme de soixante-deux ans, présentant depuis un an de la gêne de la déglutition et de l'enrouement. Ces accidents s'accentuèrent progressivement et s'accompagnèrent, en mai 1899, d'augmentation brusque du volume du corps thyroïde, de phénomènes fébriles et d'accidents dyspneiques. Ceux-ci nécessitèrent une trachéotomie et le malade mourut de broncho-pneumonie huit jours après. L'examen des pièces confirma ce que l'on avait observé au cours de l'intervention, c'est-à-dire l'existence d'une perforation ovalaire de la paroi postérieure de la trachée au-dessous du larynx. Le lobe droit de la thyroïde était envahi par simple continuité. Les troubles de la phonation provenaient de la compression des récurrents par les ganglions cervicaux engorgés.

---

7. Appendicite aiguë. — Laparotomie. — Mort.

Société des sciences médicales, 24 mai 1899.

J'ai présenté, au nom de M. le professeur Poncet, l'appendice d'un malade opéré d'urgence par M. Vallas et atteint d'appendicite depuis trente-cinq jours. Le malade avait à son entrée un bon état général et paraissait avoir une poche nettement constituée. Malgré l'ancienneté de la lésion, les parois se rompirent spontanément quelques heures après son entrée à l'hôpital, et les symptômes de péritonite diffuse nécessitèrent une intervention d'urgence. Il y a donc lieu de se défier de la faiblesse des adhérences, et l'expectation prolongée n'est pas exempte de dangers.

---

8. Appendicite post-puerpérale à streptocoques (En collaboration avec M. Vignard).

Gazette des hôpitaux, 7 février 1901.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade entrée dans le service de M. le professeur Poncet, pour y subir une appendicectomie à froid, l'appendicite ayant débuté chez cette femme trois semaines après un accouchement qui s'accompagna d'infection puerpérale légère. L'appendice était rempli d'un pus qui ne renfermait pas de coli-bacilles, mais seulement des streptocoques.

Les différents auteurs qui ont étudié les rapports de l'appendicite et de la grossesse n'ont pas eu l'attention appelée sur cette infection post-puerpérale possible de l'appendice. La voie suivie par les agents infectieux n'a pas dû être les lymphatiques qui peuvent exister dans le ligament appendiculo-ovarien de Clado, ni des adhérences utéro-appendiculaires, mais probablement la voie sanguine, car l'appendice était complètement libre dans la cavité péritonéale ; les mauvaises conditions circulatoires amenées par la grossesse ont dû en faire un point faible de l'organisme sur lequel s'est fixée l'infection.

---

9. Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec M. Patel).

Arhives provinciales de chirurgie (En publication).

Un cas de déchirure spontanée du mésentère, constaté au cours d'une hernie crurale étranglée, fut le point de départ de ces recherches anatomiques et bibliographiques et nous avons trouvé dans la thèse de Dransart

(Lille, 1896-1897) de nombreux renseignements sur ce sujet. Chez la malade de M. Poncet, les accidents d'étranglement remontaient à 24 heures, le mésentère était sectionné, mais l'intestin paraissait sain. En réalité, ainsi que le montra l'examen de la pièce, après résection de l'anse herniée, la séreuse seule existait encore, la musculeuse et la muqueuse étaient détruites. Dans un cas de M. Jaboulay, les lésions existaient au premier degré et les observations recueillies montrent que dans quelques cas, lorsque le mésentère est épaissi et infiltré de graisse, il peut exercer sur l'anneau d'étranglement une pression qui provoque son sphacèle localisé. Avec cette lésion coexiste une destruction plus ou moins complète de l'intestin qui nécessite la résection de l'anse herniée, la réduction simple n'étant possible que si la section est de très minime étendue et permet aux anastomoses vasculaires de rétablir la circulation dans la paroi intestinale.

10. Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard (En collaboration avec M. Delore).

Gazette hebdomadaire, 24 décembre 1899 (3 fig.).

Nous avons opéré ensemble un malade de quatre-vingt-deux ans, entré pour des accidents d'occlusion intestinale. En raison du tympanisme sous-ombilical localisé, on pouvait penser à une rupture de l'estomac avec abcès gazeux localisé ou à une occlusion intestinale par torsion du côlon transverse. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un volvulus du côlon pelvien et l'autopsie, que nous pûmes pratiquer deux jours après, nous montra la lésion qui s'était partiellement reproduite.

Nous avons à ce sujet appelé à nouveau l'attention sur l'importance que présente en pareil cas le signe de von Wahl, c'est-à-dire le météorisme nettement localisé.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME

11. Épididymite tuberculeuse. — Résection de l'épididyme.

Société des sciences médicales, 23 juin 1897.

Les interventions larges dans la tuberculose testiculaire ne mettant pas les malades à l'abri des récidives, MM. Poncet et Jaboulay insistèrent sur les avantages que l'on retire des interventions limitées (résection de l'épididyme en particulier) avec orchidotomie qui tantôt est simplement exploratrice, tantôt permet d'enlever les points testiculaires malades.

L'observation de ce malade montre les avantages de cette méthode. Cet homme avait subi en 1891 une castration unilatérale pour tuberculose du testicule gauche. Deux mois après cette intervention, des lésions apparurent à droite : l'épididyme devint le siège d'un abcès tuberculeux; il fut réséqué avec une partie du canal déférent. Le testicule paraissait peu atteint; fendu en deux, il présente quelques granulations à son extrémité inférieure et un noyau superficiel qui fut enlevé. L'opération fut terminée par la suture du testicule.

---

12. Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prevésical. — Mort.

Société des sciences médicales, 5 juillet 1899.

Cette observation est une nouvelle preuve des dangers de la ponction vésicale dans la rétention d'urine. Il s'agissait d'un cultivateur de soixante-trois ans qui accusait depuis un an de la gêne de la miction, de la pollakiurie, puis de la fièvre urineuse. Les accidents de rétention dataient de quarante jours. Le malade urina par regorgement pendant vingt jours, puis fut ponctionné à son domicile. Son état s'aggravant et le cathétérisme restant impossible, il fut cystostomisé à l'Hôtel-Dieu.

La cystostomie d'urgence n'empêcha pas l'évolution des accidents infectieux qui emportèrent le malade sept jours plus tard. Ces accidents consistaient en un phlegmon prévésical qui s'explique facilement si l'on songe que l'urine suintait constamment par l'orifice de ponction ; il occupait la cavité de Retzius et s'étendait avec elle jusqu'aux échancrures sciatiques.

Il y avait en même temps de la cystite et surtout de la néphrite ascendante avec petits abcès dans le rein.

La prostate était hypertrophiée en totalité.

---

13. Nouvelles observations de cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique.

Gazette hebdomadaire, 12 novembre 1899.

Au cours de l'année scolaire 1898-1899, j'ai pu recueillir quinze observations de cystostomie sus-pubienne pratiquées dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents d'origine prostatique.

Deux concernent des néoplasmes de la prostate. Le cathétérisme chez ces malades est difficile, la sonde à demeure, irritant mécaniquement

la glande, hâte l'évolution de la lésion et la cystostomie non seulement évite ces dangers, mais fait cesser la rétention et l'infection vésicale, comme l'anus iliaque fait disparaître la rétention des matières et la stercorémie des cancers du rectum.

Les treize autres présentaient des hypertrophies simples. Chez deux d'entre eux, l'oblitération du méat fut suivie de cystite et d'hématuries qui nécessitèrent une intervention nouvelle. Il est assez fréquent de voir les cystostomisés revenir d'eux-mêmes lorsque l'atrésie de leur méat, empêchant l'écoulement de l'urine, ramène chez eux de nouveaux accidents.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

14. De la cystopexie.

Semaine gynécologique, 14 juin 1898.

V. Th. Bertucat, Lyon 1900.

Les deux observations que j'ai rapportées proviennent du service de M. le professeur Laroyenne, dont j'avais l'honneur d'être interne. J'avais, sur sa demande, fait quelques recherches anatomiques sur la possibilité do fixer, au cours d'une hystéropexie ou a titre d'operation isolée, la vessie en suivant le manuel opératoire qu'il préconise pour l'hystéropexie. J'ai insisté sur la simplicité de cette intervention et sur la facilité avec laquelle on évite l'accident le plus grave (perforation de la paroi vésicale) si l'on introduit dans la vessie pour la soulever, non un gros hystéromètre ou une bougie de Hegar, mais mieux l'index qui permet de suivre la marche de l'aiguille ou des broches dans l'épaisseur de la paroi de la vessie.

La dilatation de l'urèthre quo nécessite ce manuel opératoire est facile et inoffensive.

Les résultats que j'ai apportés sont des résultats immédiats.

Les résultats éloignés et de nouvelles observations ont fait l'objet de la thèse de Bertucat.

---

15. Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec eschares de cette région. Brûlures superficielles des organes génitaux externes. Guérison (En collaboration avec M. Patel).

(*Arch. d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1901) (1 figure).

Il s'agit d'un cas de vitriolage très curieux par son siège et les recherches bibliographiques faites à ce sujet ne m'ont pas permis de retrouver d'observation analogue.

La malade, ainsi que le montrait la figure qui y fut jointe, avait une brûlure du mont de Vénus et de la face externe des grandes lèvres. Il s'ensuivit un sphacèle des téguments et une perte de substance dont la guérison laissa une vaste cicatrice indélébile et dépourvue de poils. La disposition des parties sphacélées, l'intégrité d'une bande de tissu sain dans le pli de l'aine, a permis, malgré les dires de la malade, de reconstituer la position dans laquelle elle se trouvait au moment du vitriolage et c'est l'intérêt médico-légal de ce cas, dont l'évolution clinique fut simple, qui nous a engagé à publier cette observation.

AFFECTIONS DES MEMBRES

16. Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou.

(*Soc. des sciences médicales*, 12 juillet 1897.)

Ces pièces provenaient d'un malade opéré par M. Jaboulay. Il s'agissait d'un ostéosarcome ayant débuté quelques mois auparavant et se traduisant par des phénomènes articulaires simulant beaucoup une tumeur blanche. L'examen des pièces, pratiqué après l'amputation, montra des masses sarcomateuses bourgeonnant dans l'intérieur de l'article. J'ai insisté sur leur disposition par rapport au cartilage qui revêt la surface articulaire, les bourgeons néoplasiques étaient, à sa périphérie, en contact immédiat avec lui, et dans l'intérieur de l'os (ainsi que le montrait une coupe), le sarcome venait affleurer sa face profonde; cependant le cartilage était respecté. Il semble d'ailleurs que toujours le cartilage constitue une barrière qui arrête pendant un temps plus ou moins long le tissu néoplasique.

---

17. Gomme syphilitique de la fesse.

(*Soc. des sciences médicales*, 19 juillet 1899.)

J'ai présenté un malade du service de M. le professeur Poncet, atteint d'une tumeur de la fesse droite.

Mobile sur les places voisines, indolore pendant huit ans, elle fut pendant deux ans adhérente à la peau et légèrement douloureuse. Enfin elle s'ouvrit à l'extérieur par plusieurs ulcérations à bords taillés à pic, à fond peu végétant. La tumeur est restée mobile sur les plans profonds et n'a aucune relation avec le rectum.

L'examen bactériologique montra qu'il ne s'agissait pas d'actinomycose.

L'absence d'antécédents, l'aspect de la lésion et son évolution permirent de rejeter l'hypothèse d'une gomme tuberculeuse.

---

18. Écrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. Gangrène du membre inférieur.

(*Bulletin médical*, 28 avril 1900.)

Cette étude eut pour point de départ le cas d'un malade entré dans le service de M. le professeur Poncet pour un traumatisme de la face interne de la cuisse avec plaie superficielle au-dessus du condyle interne, qui avait été suturée, puis infectée.

Le malade était entré pour la gangrène du pied qui était survenue quelques jours après et pour l'abcès développé sous la ligne de suture.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée par M. le professeur agrégé Bérard. L'examen des pièces montra au creux poplité une déchirure incomplète de l'artère oblitérée par un caillot sur une longueur d'un centimètre et une déchirure incomplète de la veine dont la lumière était restée perméable.

On ne pouvait donc incriminer, pour expliquer la gangrène, la compression des vaisseaux par un hématome, ni l'existence de lésions veineuses avec gêne de la circulation en retour.

Il nous a semblé que l'infection avait joué ici un grand rôle. L'infection agit par ses toxines ou par des embolies septiques sur un membre mal nourri et mal innervé. Or, on sait que lorsque les microbes les plus divers sont suffisamment virulents ou agissent dans les tissus en état de moindre résistance, ils peuvent déterminer de la gangrène.

Nous avons rappelé l'attention sur le soin qu'il faut apporter à dépister ces phénomènes gangréneux, car on a toujours une tendance à les méconnaître et à porter un pronostic favorable, à cause de la bénignité apparente des lésions.

Au point de vue de la thérapeutique, puisque l'infection favorise notablement le développement du sphacèle, il faudra à tout prix empêcher qu'elle se produise. De là la nécessité, non pas de bien drainer ces plaies après les avoir suturées, mais de les panser à plat, de ne pas faire de suture, car la chirurgie à ciel ouvert, non seulement offre les plus grands avantages dans le traitement des plaies opératoires, mais s'impose dans le traitement des plaies infectées, et l'expérience clinique nous apprend chaque jour qu'il faut considérer comme infectée toute plaie accidentelle, qu'elle soit récente ou qu'elle date de quelques jours.

---

19. — Osteosarcome diffus du fémur droit chez un adulte Pandiaphyso-épiphysite cancéreuse (En collaboration avec M. Patel.)

(Archives provinciales de chirurgie (En publication).

C'est l'observation d'une religieuse entrée dans le service de M. Poncet pour une tumeur de la cuisse à évolution très maligne.

Bien que les parties molles superficielles se fussent transformées en une masse dure empêchant toute palpation profonde, le diagnostic porté fut celui de sarcome total du fémur, la lésion occupant la cuisse dans toute sa hauteur. La mort de la malade ne permit pas de faire une autopsie complète ; l'examen macroscopique d'un fragment enlevé et l'examen microscopique montrèrent qu'on était en présence d'une tumeur tres maligne, d'un ostéosarcome biépiphysaire et pandiaphysaire. Ce cas rappelle celui que publia M. Rollet (*Gaz. des hôpitaux* 1889), un cancer sous-périostique diffus du fémur gauche, mais il s'agissait d'une tumeur bipolaire.

Un examen rapide aurait pu faire confondre avec une phlébite ou un myxome diffus des tumeurs cette lésion qui, bien connue chez l'enfant, est chez l'adulte une rareté clinique.

---

20. - Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante (En collaboration avec M. Patel.)

Archives provinciales de chirurgie (1er avril 1901, 2 figures).

Cette observation concerne une malade du service de M. le professeur Poncet, entrée pour une masse fluctuante de la région thoracique, située entre le mamelon et l'aisselle, et que l'examen clinique et les constatations au cours de l'intervention permettent de considérer comme une adénite extra-axillaire suppurée. Cette malade présentait en même temps des mutilations des doigts dues a de la tuberculose infantile et dont la reproduction qui y fut jointe montrait bien la disposition. La multiplicitédes lésions et surtout leur etendue donnent à ce cas un intérêt particulier.

OBSTÉTRIQUE

21. Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques.
Thèse de Lyon, 1898-1899 (13 figures).

Cette étude est basée sur les observations personnelles que j'ai pu recueillir dans le service de M. le professeur Fochier, sur celles que j'ai rassemblé dans la littérature médicale ou que je dois à la bienveillance de mes maîtres dans les hôpitaux, sur les expériences enfin que j'ai pu faire sur les bassins qui ont été mis à ma disposition par MM. les professeurs Fochier et Tripier.

C'est une étude de mécanisme. J'ai donc passé très rapidement sur tout ce qui concernait l'étiologie et la pathogénie des bassins asymétriques. Je n'avais d'ailleurs pas ici à suivre la division ordinaire en bassin de Nœgelé, bassin coxalgique, bassin de luxation congénitale, etc. Des causes différentes peuvent en effet déterminer des déformations analogues et l'asymétrie releve en somme de trois grandes causes : 1° arrêt de développement d'une moitié du bassin (d'origine inflammatoire ou congénitale) ; 2° torsion du sacrum autour de son axe vertical, de telle sorte que sa face antérieure regarde ordinairement le côté redressé ; 3° aplatissement d'une moitié du pelvis, par suite de la surcharge d'un des membres, l'autre ne supportant qu'une faible partie du poids du corps.

Il résulte de là une réduction qui porte ordinairement (trois fois sur cinq) sur des diamètres droits du bassin (sacro-cotyloïdienne et diamètre oblique). Une déformation analogue, mais trop faible pour être appréciée cliniquement, se rencontre d'ailleurs souvent sur les bassins dits symétriques, ainsi que l'avait déja signalé M. Jaboulay ; plus récemment Commandeur, étudiant quatre-vingt-quatorze bassins, pris au hasard, la retrouvait dans les 2/3 des cas.

Si l'on suit par la pensée sur un bassin symétrique normal le développement progressif de l'asymétrie, on voit qu'au début l'asymétrie est tellement faible qu'elle passe inaperçue et que l'accouchement se fera suivant un des trois diamètres d'engagement (les deux obliques ou le transverse). L'asymétrie devient-elle plus forte, la sacro-cotyloïdienne de ce côté devient inutilisable et l'engagement n'est possible que suivant l'oblique court ou le diamètre transverse.

La déformation augmente-t-elle encore, le diametre transverse se raccourcit au point d'être inutilisable et il n'existe qu'un diametre d'engagement, l'oblique court.

Lorsque l'asymétrie est tres forte, le sinus du côté aplati est tellement étroit qu'il n'existe plus au point de vue fonctionnel et le bassin (voir fig. 1 de notre these) se transforme en une aire circulaire dont un diamètre quelconque peut servir de diamètre d'engagement. Le nombre des diamètres

est donc infini, c'est dire qu'ils sont tous aussi mauvais les uns que les autres.

Ces conclusions qu'a établies le raisonnement, j'ai cherché à les contrôler par des expériences et par l'examen des faits publiés antérieurement.

Dans mes expériences, je n'ai pas suivi la division ordinaire en bassin coxalgique, bassin de Nægelé, etc.

Lorsque l'on étudie le mécanisme de l'engagement dans les bassins symétriques, on les divise en bassin normal, bassin aplati, bassin généralement rétréci.

Les bassins asymétriques dérivant d'une de ces quatre catégories, il existera à côté de chaque groupe symetrique un groupe asymétrique et l'on a alors la classification suivante :

Bassin normal, bassin asymétrique simple (4 cas); bassin aplati, bassin asymétrique aplati (14 cas); bassin aplati et généralement rétréci, bassin asymétrique aplati et généralement rétréci (16 cas); bassin généralement rétréci, bassin asymétrique généralement rétréci (7 cas).

La conclusion fut la même pour tous ces bassins :

L'asymétrie faible est sans action; l'asymétrie moyenne supprime l'oblique long; l'asymétrie forte supprime l'oblique long et le transverse; l'asymétrie très forte rend tous les diamètres équivalents car le bassin devient circulaire. Mais d'une façon générale, on voit quo l'oblique court reste le diamètre de choix.

Ces conclusions sont confirmées par l'étude de soixante-quatorze observations que j'ai rapportées.

Après avoir rappelé les différentes opinions des accoucheurs sur ce sujet et montré leur diversité, nous nous sommes attachés à l'étude de la connaissance exacte de cette asymétrie : pelvi-métrie interne et externe, examen du losange de Michaelis, etc., étude surtout radiographique du bassin, soit par la méthode de MM. Budin et Tarnier, soit par celle de MM. Fochier et Fabre.

---

22. Galactophorite double guérie par l'expression.
Soc. des sciences médicales, 8 février 1899.

J'ai présenté une malade dont l'observation a été publiée plus tard en collaboration avec M. Commandeur.

---

23. Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec M. Commandeur).

Lyon médical, 28 mai 1899.

Les suppurations du sein chez les nouvelles accouchées ont deux points de départ différents : tantôt le conduit galactophore (galactophorite de Budin), tantôt le système lymphatique du sein dans son réseau superficiel (abcès aréolaires et péri-aréolaires) ou dans son réseau profond (abcès intraglandulaire).

Le plus souvent il y a au début galactophorite pure, pendant laquelle l'infection est endocanaliculaire, puis secondairement le tissu cellulaire est envahi.

Cette connaissance des suppurations endocanaliculaires est de la plus haute importance au point de vue du pronostic. C'est M. le professeur Budin qui le premier a dans ses cliniques étudié les caractères de cette affection et montré qu'on pouvait enrayer sa marche par l'expression des conduits galactophores. Ses idées ont été développées dans les thèses de Catalioti et d'Arbel. L'observation que nous avons recueillie est le type de ce que peut donner cette méthode.

Les accidents chez notre malade ont apparu le quatorzième jour. Ils débutèrent par le sein gauche ; le lait et le pus qu'il renfermait furent évacués par deux fois, et la guérison fut obtenue. Trois jours après, phénomènes douloureux du côté du sein droit. Même traitement ; guérison en deux jours.

La rapidité de la guérison s'explique par la précocité de notre intervention ; il faut d'ailleurs faire cette expression le plus tôt possible, alors que le tissu cellulaire péricanaliculaire n'est pas encore touché.

Si cette infection s'est faite, où s'il y a de la lymphangite, on comprend que l'expression ne donnera aucun résultat, quelquefois même elle pourra diffuser un peu le pus. C'est à cause de cela que M. Legroux a proposé de remplacer l'expression par une ventouse a pompe, mais ce procédé ne nous paraît pas offrir d'avantages.

L'expression sera faite avec les deux mains d'arrière en avant, d'une façon lente et soutenue. Il faut vider d'abord les canaux galactophores, puis s'attaquer aux acini, et insister sur les lobules qui paraissent le plus atteints. L'expression doit être renouvelée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par le mamelon et que la glande ait repris une souplesse relative.

Appliquée de bonne heure, cette méthode est un agent thérapeutique d'une valeur incontestable.

24. La balnéation dans le traitement de l'éclampsie.

Annales de gynécologie (En publication).

Thèse de Goubert (*Traitement de l'éclampsie à la clinique obstétricale de Lyon*, 1899-1900).

Cette étude a pour point de départ le cas d'une malade que j'ai soignée à la clinique sous les conseils de M. le professeur Fochier, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, et dont l'observation a été rapportée dans la thèse de Goubert (observation VIII).

Si l'on considère l'éclampsie comme une maladie infectieuse et microbienne, il faut baigner les éclamptiques comme les typhiques, pour agir sur le rein et réveiller la diurèse, pour agir sur le système nerveux et faciliter la défense de l'organisme De là l'emploi du bain froid toutes les trois heures.

L'école allemande, assimilant l'éclampsie à l'urémie, employait, pour faciliter la diurèse et faire éliminer par la sudation une partie des produits toxiques, soit le bain chaud (Breuss) à 38° C, soit l'enveloppement chaud et humide (Schrœder) comme elle le faisait pour les brightiques.

Plus récemment M. Bar employa le bain moins chaud à 35°, puis 33°, et dans le même but.

Le bain froid, appliqué de la même façon que pour une fièvre typhoïde, fut employé par M. Fochier chez la malade en question. Il est supporté plus facilement que le bain chaud et paraît tout aussi efficace, malheureusement les statistiques manquent pour établir la valeur exacte de ces différentes méthodes de balnéation; la statistique globale donne une mortalité de 25 p. 100 pour la mère, de 54 p. 100 pour l'enfant, mais cette statistique est encourageante, si l'on songe que la balnéation a été employée surtout pour les cas très graves dans lesquels les autres méthodes de traitement étaient inefficaces.
